

PODER LEGISLATIVO



PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO,
ANTÁRTIDA E ISLAS DEL ATLÁNTICO
SUR

LEGISLADORES

Nº 129

PERÍODO LEGISLATIVO

1995

EXTRACTO **BLOQUE NUEVA DIRIG. JUSTICIALISTA** - Proyecto de Ley
creando la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en el ámbito de los
Hospitales de Ushuaia y Río Grande.

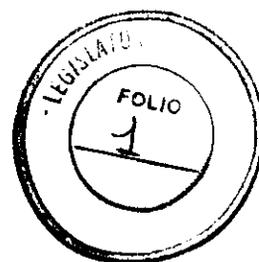
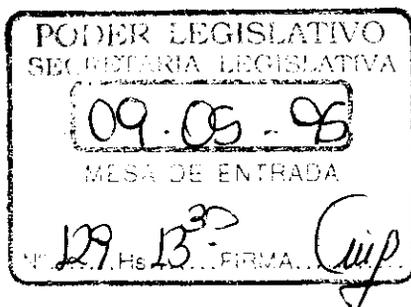
Entró en la Sesión 29/05/1995

Girado a la Comisión 5
Nº:

Orden del día Nº:



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Nueva Dirigencia Justicialista



FUNDAMENTOS

A casi tres años de experiencia con los pacientes que requirieron de tal tipo de asistencia en el Hospital Regional Ushuaia, podemos considerar con opinión firme que la realidad ha demostrado sobradamente la necesidad de contar con un servicio seriamente organizado en tal sentido.

Se han asistido una cantidad promedio de treinta patologías por año, que comprendieron a la totalidad de síndromes habituales propios de la llamada terapia intensiva de niños. No contamos con estadísticas previas, pero es de suponer que sería a la actual, y que bien puede evidenciarse indirectamente en la cantidad de vuelos de evacuación a centros de mayor complejidad de nuestro país, los que creemos, se han visto marcadamente disminuidos. Podemos creer, en base a la similitud poblacional, que Río Grande experimenta parecida realidad.

Esta experiencia sobre el terreno nos ha permitido no solo conocer cifras, sino también, y principalmente, comprender que la cada vez mas urgente necesidad de organizar una coherente Unidad de Terapia Intensiva de Niños se apoya en tres ejes de fundamentacion, a saber:

1°.- Necesidad medico - asistencial: La evacuación a centros de complejidad mayor de Buenos Aires, La Plata u otros no asegura al paciente pediátrico grave la totalidad de una calificada atención al producir un aumento en los riesgos de infección intrahospitalaria, que en definitiva es la causa mas común de fracaso en estos síndromes. Mas aun, en el caso de internaciones prolongadas este problema se incrementa, lo que significa que resulta incluso mas conveniente asistirlas aquí mismo. Podemos dar varios ejemplos de asistencia respiratoria prolongada, de casi un mes, que estuvieron libres de infección pulmonar sobreagregada, que en los centros de Buenos Aires, por probables razones de sobrepoblación de pacientes y la presencia endémica o epidémica de cepas multiresistentes de diversos microorganismos, muy otra pudiera haber sido su evolución. Aquí, con recursos aun no debidamente organizados, se lograron resultados cuando menos satisfactorios en patologías muy graves.

A nuestro entender la derivación a los centros de la metrópolis debiera hacerse, siempre que no mediara una necesidad especifica en ciertas patologías clínicas o quirúrgicas, solo a los fines de evaluación funcional periódica o interconsulta diagnóstica o terapéutica, con el paciente ya mejorado y estabilizado. Un paciente así tolera mejor el traslado aéreo y terrestre y no experimenta el riesgo antedicho de infección nosocomial, o este se minimiza.

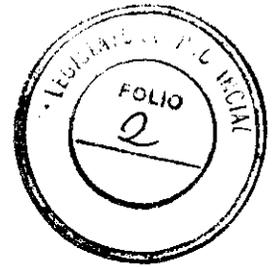
Surge así que la casuística como único parámetro utilizable a la hora de decidir la creación de una unidad de cuidados intensivos pediátricos se torna muy relativo, unilateral y limitado.

Ademas toda evacuación implica riesgos inherentes a ella, ya que se debe contar con el recurso medico y de enfermería adecuados, mas un equipo de aparatología propia del caso.

Lo primero no siempre es posible si se tienen en cuenta las obligaciones propias del quehacer pediátrico en el Hospital Regional, especialmente en épocas de licencias. Lo segundo, el equipo propio de una ambulancia aérea, no existe. Los traslados se han efectuado con diferencias compensadas con gran esfuerzo personal de enfermera y medico; el avión Lear Jet, habitualmente utilizado para estos casos, resulta de tamaño reducido y no esta equipado a los



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Nueva Dirigencia Justicialista



finés del traslado de enfermos. No siempre esta disponible o pueden haber otras prioridades en su uso. Y es el único medio aéreo de toda la Provincia que garantiza una relativa rapidez. Pero son tres horas, aproximadamente, de trabajo en un ámbito de escasas dimensiones, con incomodidad para paciente y personal, con oxígeno provisto por tubos que restan aun mayor espacio, sin un respirador de transporte ad-hoc. Son limitaciones que pueden incrementar el riesgo de estos pacientes tan críticos y con escasos márgenes de tolerancia a los cambios imprevistos. El traslado aéreo puede verse afectado, además por razones climatológicas.

Todo traslado de pacientes comprende tres etapas: Del Hospital Regional al Aeropuerto, de este a Aeroparque Metropolitano, y a través de la ciudad de Buenos Aires hasta el centro respectivo previamente acordado, en la mayoría de las veces el Hospital Garrahan. El Hospital Regional de Ushuaia no posee una ambulancia terrestre de las llamadas de cuidados intensivos, y todo traslado hasta el aeropuerto local no esta exento de sobresaltos y riesgos innecesarios, a pesar de lo breve. En Buenos Aires si es frecuente contar con ambulancias debidamente equipadas, pero lo incierto en el entrenamiento del recurso humano ofrecido por estas empresas de traslado de pacientes nos obliga a acompañar al enfermo hasta su destino preestablecido. Se trata de un típico viaje de cerca de treinta minutos, a veces menos o mas, en horarios de mayor o menor tránsito vehicular. Tampoco esta etapa esta ausente de riesgos para pacientes dignos de ser considerados como de terapia intensiva (Pacientes con intubación endotraqueal, traumatismos de cráneo, estados de shock, etc.).

En síntesis: La derivación a centros de mayor complejidad del país solo debiera utilizarse en patologías complejas, especialmente quirúrgicas (Cirugía cardiovascular, neurocirugía u otras), cuya solución en el ámbito de la Provincia de Tierra del Fuego no fuera aconsejable. Luego, en pacientes ya estabilizados y alejados de la etapa crítica, el desplazamiento se justifica para estudios de control evolutivo y secuelas, o a los fines de determinada interconsulta. No se debiera procurar atención del enfermo grave descompensado en los centros de la metrópolis dado el gran riesgo de infección nosocomial que puede llevar al fracaso a la mas compleja de las terapias instituidas, amen de los trastornos y riesgos generados por el propio traslado en si.

2°.- Necesidad familiar-social: El desplazamiento del paciente grave descompensado significa, de hecho, la disgregación temporaria del grupo familiar. Uno de los progenitores, a veces los dos, viaja a Buenos Aires. Puede permanecer allí días, semanas o meses. Si hay otros hijos, lo que en general ocurre la mayoría de las veces, el progenitor restante queda al cuidado de los mismos. Esto implica, muchas veces, la ausencia justificada a su trabajo respectivo. Y no siempre ha de percibir los ingresos caídos en su totalidad. Inclusive se incrementa la posibilidad de pérdida del empleo si este no es fijo o con adecuadas condiciones de estabilidad.

El aspecto mas importante es el potencial descuido del restante grupo familiar, especialmente los demás hijos. Si son de corta edad, por lo que ello implica; si son escolares o adolescentes, puede haber trastornos en la escolaridad o de otra índole. No lo decimos por mera suposición, lo hemos observado como hechos probablemente asociables a la disrupción mas o menos prolongada del grupo familiar por estas derivaciones de pacientes.

Las instituciones abocadas al cuidado de niños son complementarias del grupo familiar, pero no son buenos sustitutos del mismo. y en Tierra del Fuego se da la peculiar característica de la



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Nueva Dirigencia Justicialista



inmigración en la última década, con la consiguiente ausencia de integrantes familiares útiles en el rol del auxilio familiar (Abuelos, tíos u otros). A todo ello pueden sumársele problemas arrastrados de estructuración del grupo familiar, muy habituales en nuestra provincia (Vivienda, servicios), todo lo cual configura una carga cuyo peso se puede ver incrementado por el desplazamiento de uno de los padres del paciente grave descompensado a centros ubicados a más de 3.000 Kms.

En suma, el traslado a centros de elevada complejidad tan lejanos implica un costo familiar y social muy alto. Si el desplazamiento fuere posterior, una vez el paciente recuperado, y solo a los efectos de control evolutivo o de diagnóstico complementario, se trataría de situaciones muy anticipadamente previstas, probablemente en vuelos regulares de línea aérea, libres de impacto que significa la forzosa desorganización del grupo familiar con sus consecuencias sociales y económicas.

3°.- Aspectos económicos: Este aspecto sería extraño a nuestra opinión de médicos si no fuera porque el mero sentido común permite ver un costo tan desproporcionado e insolitamente elevado que surge inmediatamente el interrogante si tales fondos no tendrían un mejor destino en la actividad del propio Hospital Regional o de la Salud Pública de la Provincia de Tierra del Fuego en cualquiera de sus niveles.

El medio aéreo utilizado habitualmente, el avión Lear Jet de Gobernación, insume en cada uno de sus viajes sumas cercanas a \$ 9.000.- sin contabilizar los costos de tripulación y personal médico y de enfermería.

El sistema de arancelamiento de los Hospitales públicos de Buenos Aires, en nuestro caso el Hospital Juan P. Garrahan en la mayor parte de los casos, significa una erogación alta en el caso de la terapia intensiva, habitualmente cubierta por la obra social prevaleciente en nuestra provincia cual es I.S.S.T., o en algún caso el Servicio de Acción Social Provincial. Si se trata de centros privados tal gasto se multiplica, siendo el área de la terapia intensiva de las más costosas. Se trata de dinero público de la Provincia de Tierra del Fuego. Pero en el caso de las obras sociales sindicales o prepagas privadas, son recursos derivados a centros de la metrópolis que bien pudieran destinarse a la salud pública de la isla.

A veces el traslado se efectúa en ambulancias aéreas pertenecientes a empresas privadas debidamente contratadas previamente por la mutual de cobertura. Si bien puede aducirse que la carga financiera lo ha de ser para la mutual respectiva, no puede obviarse que en la mayor parte de los casos se trata de la obra social estatal o de acción social, y que son siempre fondos no destinados a la salud en la provincia.

Los gastos de alojamiento y racionamiento del progenitor acompañante en Buenos Aires, La Plata u otros son costeados, en la mayor parte de los casos, por la Provincia de Tierra del Fuego, a través de la mutual I.S.S.T., Acción Social o la Casa de Tierra del Fuego de Capital Federal. Pueden costearse también gastos derivados de viajes aéreos durante la internación en aquellos centros, así como por la movilidad de familiares mientras dure la Internación. En resumen, es más que evidente que resulta inusitado, por lo elevado, el gasto público o de la mutual respectiva en la derivación de pacientes pediátricos grave descompensados. Basta



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Nueva Dirigencia Justicialista



consultar a las entidades respectivas. Lo que no guarda correlación alguna con la justificación del traslado desde el punto de vista asistencial, como vimos anteriormente.

I) Aspectos estadísticos:

Creemos que no son los aspectos decisivos, si bien son muy importantes.

Al existir tal especial situación derivada de las grandes distancias a los centros de complejidad mayor de nuestro país, no menores de 3.000 Kms, y depender absolutamente del medio aéreo para toda evacuación, las estadísticas referidas a los pacientes de cualquier índole son de un valor relativo. La terapia intensiva pediátrica no es la excepción. Mas aun, en los casos de pacientes pediátricos graves se visualiza con mayor nitidez lo muy relativo de apoyar la existencia o creación de un determinado servicio en cifras que no se inserten en el contexto de un sitio tan alejado como Ushuaia y el resto de la Provincia de Tierra del Fuego.

Puede darse el caso de que no siempre el paciente grave permita el traslado, por sus malas condiciones de estabilidad. Puede ocurrir que nos enfrentemos a varios pacientes en tales condiciones, y aun siendo posible el traslado aéreo, puede suceder, como ha efectivamente ocurrido, que el avión no este disponible, por los motivos que fuesen. Y también contando con el recurso del avión como el habitualmente utilizado. No debe olvidarse que el Lear Jet no esta equipado a los fines del traslado de enfermos.

La posibilidad de catástrofes a tanta distancia de la metrópolis no debe olvidarse. Y tampoco debe olvidarse que esta región fue no hace mucho tiempo epicentro de dos conflictos bélicos. Organizar es, entre otras cosas prever.

Pero considerando la cantidad de pacientes, la experiencia en dos años de quien asumiera como su responsabilidad la atención de estos pacientes permitió observar que son aproximadamente treinta los casos anuales definibles como dignos del recurso de la terapia intensiva. El espectro recorre toda la gama de patologías habituales de una sala de cuidados intensivos:

- Insuficiencias respiratorias con asistencia respiratoria mecánica (7 casos).
- Insuficiencias respiratorias sin asistencia respiratoria mecánica (16 casos).
- Status epiléptico con asistencia respiratoria mecánica (3 casos).
- Meningoencefalitis con convulsiones reiteradas asociadas (2 casos).
- Meningococcemias (3 casos).
- Meningoencefalitis y pioventriculitis por shunt ventricular (1 caso).
- Quemaduras graves (1 caso).
- Alimentación parenteral de dos semanas por desfuncionalización intestinal quirúrgica (1 caso).
- Insuficiencia cardíaca congestiva secundaria a anemia extrema (4 casos).
- Insuficiencia cardíaca por miocarditis (1 caso).
- Acidosis metabólica grave e hiperkalemia extrema (1 caso).
- Sepsis secundaria a peritonitis y apendicitis (3 casos).
- Traumatismos de cráneo y convulsiones (2 casos).
- Hematoma extradural con asistencia respiratoria mecánica postquirúrgica (1 caso).
- Politraumatismo con contusión pulmonar y S.D.R.A. (1 caso).



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Nueva Dirigencia Justicialista



- Casi ahogamiento (1 caso).
- Hipokalemia menor de 3 mEq/Lt (3 casos).
- Sepsis con artritis séptica post-varicela (1 caso).

Se observan así 55 casos en un periodo de 22 meses, que es el lapso transcurrido desde que uno de los suscriptos, Nocelli Juan C., tomara a su cargo la responsabilidad de la terapia intensiva pediátrica en el Hospital Regional de Ushuaia.

En los primeros cuatro meses de 1994 la Oficina de Estadísticas del Hospital Regional de Ushuaia, dado que recién comienza su registro de los pacientes asistidos en U.C.I.P. desde el 01/01/94, contabiliza solo 3 casos. Pero debe observarse que se trata del periodo del año en que menos pacientes se atienden en general, en todas las clínicas y especialidades, por ser neta época de vacaciones y de desplazamiento masivo de la población de Ushuaia y Tierra del Fuego al norte de nuestro país. Vemos que en igual periodo, de Enero-Febrero-Marzo y Abril, se ingresan 83 pacientes a Clínica Pediátrica y 54 a Neonatología. Pero contabilizadas los días-cama y los días trabajados, se observa que U.C.I.P. tiene 168, Clínica Pediátrica 515 y Neonatología 840. Esto corresponde a porcentajes de 32% para U.C.I.P. sobre Clínica Pediátrica y 20% sobre Neonatología, de lo que se infiere que los pacientes que permanecieron en U.C.I.P. requirieron mas días de internación que aquellos.

Respecto a días trabajados en igual periodo, U.C.I.P. completa 92 días, Clínica Pediátrica 120 días y Neonatología 120 días al igual que Pediatría: U.C.I.P. tiene así el 76,6% de los días trabajados.

En igual periodo Terapia Intensiva de Adultos registro 67 ingresos. Y a lo largo de 1993 se internaron 220 pacientes, lo que resulta siete veces mayor la cantidad que Pediatría en un año. En el año previo, 1992 se asistieron 130 pacientes en U.C.I. de Adultos, cuatro a cinco veces mas que en U.C.I.P.

Creemos necesario aquí hacer algunas consideraciones, que relativizan también el valor de estos datos. En Terapia Intensiva de Adultos se trata en muchos casos de patología crónica con concurrencias, especialmente de origen cardiovascular. Esto no desmerece en absoluto el valor de los cuidados intensivos en pacientes adultos, pero si resalta el papel de la Terapia Intensiva Pediátrica por asistir a niños en su gran mayoría previamente sanos y que rápida y agudamente se enferman de manera grave, con una actitud familiar muy diferente y con implicancias a corto, mediano y largo plazo distintas. La secueledad es siempre un aspecto muy importante en niños gravemente enfermos. En adultos añosos con enfermedades de base poco o nada reversibles la perspectiva de secuelas, igualmente atendible de todos modos, no tiene la dimensión que el paciente pediátrico le da, en su condición de ser al que le cabe una expectativa de vida mucho mayor.

Estas consideraciones son en alguna medida extensivas a Neonatología, donde la actitud familiar de aceptación de la enfermedad de su pequeño hijo recién nacido puede ser mas asequible que en el caso de niños lactantes mayores, preescolares, escolares o adolescentes. No es inhabitual observar a un paciente de un año de edad gravemente secueledado por su enfermedad perinatal cuyos progenitores ejercen una demanda de contención muchas veces mayor a la que demostraban cuando el periodo neonatal, con inclusive actitudes de presión de



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Nueva Dirigencia Justicialista



tipo judicial o de otra indole ante presuntas deficiencias en su atención. Estas situaciones, mas bien raras en el periodo neonatal, son de alguna frecuencia en la edad pediátrica. y acentúan la necesidad de contar con un servicio adecuadamente organizado de cuidados intensivos pediátricos, con su personal de enfermería y médicos debidamente reconocido y respetado.

II) Aspectos organizativos:

Se ha planteado en reiteradas ocasiones la necesidad de contar con guardias pasivas de Terapia Intensiva Pediátrica. De hecho, su inexistencia se ha paliado con la presencia forzosa de un medico cuando la súbita presencia de un paciente grave definible como de terapia intensiva así lo requiriese. Mas aun, esas guardias han sido en muchas ocasiones de tipo activas, al obligar la complejidad del enfermo a permanecer hasta 24 horas corridas, sin interrupción. No es motivo de esta nota comentar la sobrecarga horaria y de obligaciones para quienes se hacen cargo de tales pacientes, amen de sobrellevar ya cargas horarias semanales de origen arbitrario, pero sí dejar bien en claro que la actitud voluntarista no resuelve el problema. Hay un obvio limite físico que impide a una persona hacerse cargo eficientemente de la atención de los enfermos de cuidados intensivos.

Por otro lado, de hecho existe una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos en la facturación a la obra social de cobertura (por día de U.C.I.P. la mutual respectiva ha de abonar \$ 79, o \$ 108,17 por día de asistencia respiratoria mecánica, amen de ello el oxígeno, material descartable, medicación, etc.). Tampoco es nuestro propósito hacer consideraciones al respecto, pero si comentar aspectos que resaltan algo muy elemental:

La ausencia de una organización del equipo medico de terapia intensiva pediátrica, para hacerse cargo de una tarea debidamente prevista, establecida, reconocida y respetada, como única manera de que resulte eficaz y útil a la salud publica de Tierra del Fuego.

En el mismo sentido habla la organización que se ha dado el sector de Enfermería, que ha logrado las seis horas por tarea critica, al igual que en el resto del País. Así debe ser. Pero en el caso de la terapia intensiva pediátrica como tarea critica de los médicos responsabilizados no ocurre nada parecido. Es simplemente una obligación adicional no prevista, que sobrecarga la agenda de quienes inclusive y por razones absolutamente arbitrarias, cumplen regímenes horarios de 56 horas semanales sobre las 48 horas del plantel pediátrico restante, sin prácticamente compensación alguna. La mera presencia del enfermo grave obliga a dar la respuesta de su atención en estas malas condiciones.

Ello provoca el desaliento de quienes quisieran hacerse cargo de similar responsabilidad, como creemos ya ha ocurrido, y puede reiterarse. En determinado momento, no hace mucho tiempo, se postulo una profesional que reunía condiciones para compartir tamaña responsabilidad, y creemos que no poco peso en su decisión final de no venir a radicarse en la Isla las malas condiciones del desempeño de la terapia intensiva pediátrica.

Se han efectuado ingentes gastos de infraestructura y equipamiento, y uno de los componentes del recurso humano, en este caso los médicos de la terapia intensiva pediátrica, no han tenido similar prioridad.



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Nueva Dirigencia Justicialista



Es así que, hecha una experiencia en terreno de casi dos años, debidamente visualizadas las necesidades, con el sector de enfermería estructurado, con la terapia intensiva como figura económica ya vigente, proponemos, y a la vez exigimos, se implemente un equipo de médicos pediatras a cargo de tal responsabilidad.

Debe existir un plantel de no menos de tres pediatras a cargo y un coordinador. Por tratarse de un servicio que ha de requerir en gran medida de la cobertura de horarios imprevistos, y esto implica guardias activas o pasivas, estimamos como ideal un numero de cinco personas, que posibiliten el correspondiente relevo en caso de licencias, enfermedad, otras causas.

Las guardias activas, que obviamente permiten encarar mejor este tipo de tarea, se debieran organizar de modo que el pediatra intensivista fuera el tercer pediatra de guardia. Haría dos guardias por semana. El día Domingo se cubre con la llamada guardia rotativa. La rotación continua de los días impide que quien este de guardia los días Lunes o Sábado sume 48 horas de guardia corridas.

Para el caso de contar con el numero ideal de cinco personas, resulta fácil de organizar por cuanto estos cinco médicos cubre los cinco días hábiles de la semana y el fin de semana, los días Sábado y Domingo, se cubre con el sistema de guardias rotativas.

En caso de no acordarse con las dos propuestas arriba mencionadas, que nos parecen las mejores porque no consideramos congruentemente asociables "guardia pasiva y terapia intensiva", dadas las características de los pacientes involucrados, debe plantearse la guardia pasiva llamada de alto requerimiento, basada no en la cantidad de pacientes sino en su calidad. Es la única figura, de las existentes, que da alguna dignidad a lo que significa quedarse las 24 horas corridas cuando un paciente así lo requiere, a veces fines de semana, como efectivamente ha ocurrido, superponiendo tal carga horaria a las obligaciones ordinarias de guardia pediátrica general o a las 8 horas diarias de pediatría general. Esos días de gran esfuerzo, de guardias verdaderamente activas, compensan en gran medida los días de poco o ningún trabajo, y se vuelven también el factor de equilibrio o compensación con las llamadas también guardias de alto requerimiento para otros sectores de profesionales médicos (Anestesiólogos, traumatólogos, cirujanos).

Se ha argumentado, desde las autoridades, que la momentánea utilización por parte de Neonatología del sector asignado a U.C.I.P. ha contribuido a ese aparente menoscabo de la terapia intensiva pediátrica, y que cuando la terapia intensiva neonatal se desplace a su previsto lugar en el sector llamado viejo hospital, actualmente en reciclaje, las cosas han de recuperar normalidad. Esto, como ser cierto, nos parece demasiado difuso y es, sencillamente, otro tema: Nadie duda de las apreciables ventajas que tendrá la U.C.I.P. en su recinto preestablecido, todos sabemos que fue la pura necesidad quien obligo a improvisar dos habitaciones en pro de resolver las necesidades de terapia intensiva de esos 55 pacientes mencionados. Cuando así ocurra, que la nueva sala sea destinada para el fin previsto, simplemente habrá otro contraste que magnifique la omisión lamentable en la no organización de los médicos de la U.C.I.P., junto a lo ya hecho en Enfermería y la vigencia del arancel desde hace cierto tiempo.

Sirva también como precedente la organización de la Terapia Intensiva de Adultos, que cumple ya un año. Ello ha dado coherencia y credibilidad a un servicio de tal responsabilidad. Ha posibilitado la normalización y la confección de estadísticas. Creemos que ha estimulado



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Nueva Dirigencia Justicialista



también la actitud docente para un servicio de Clínica Medica que se pretende capaz de responder a las necesidades de una Residencia Medica. Porque ha de ser tan diferente para Pediatría?

Por ultimo, creemos necesario decir que no se trata fundamentalmente de una cuestión de reconocimiento o respeto a la necesidad de médicos pediatras de estar debidamente organizados en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediatricos. Los médicos, en definitiva, no son ni mas ni menos que medios en pro de la solución de un problema, cual es, ni mas ni menos también, el generado por un niño gravemente enfermo en alto riesgo de fallecimiento. Es tal problema el que debe ser reconocido y respetado. Pero suena a hueco, no resulta creíble, si se dice que ese problema se asume como tal y a la vez se dan respuestas evasivas a la implementacion de las soluciones, de las que los médicos son parte inseparable.

Por todo lo expuesto, respetuosamente solicitamos se eleve este proyecto a consideración de los Señores Legisladores. Creemos que debe procurarse, la máxima instancia posible de la Salud Publica provincial por la importancia que, consideramos, el problema tiene.


MARÍA TERESA MENDEZ
LEGISLADORA
LEGISLATURA PROVINCIAL



Provincia de Tierra del Fuego,
Antártida e Islas del Atlántico Sur
REPUBLICA ARGENTINA
PODER LEGISLATIVO
Bloque Nueva Dirigencia Justicialista



LA LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE TIERRA DEL FUEGO
ANTARTIDA E ISLAS DEL ATLANTICO SUR

SANCIONA CON FUERZA DE LEY

Artículo 1°.- Crease en el ámbito de los Hospitales Regionales de Ushuaia y Río Grande respectivamente, la Unidad de Cuidados Intensivos Pediatricos, la que estará dotada de la infraestructura material y humanas necesarias para la asistencia de los niños que requieran cuidados intensivos.

Artículo 2°.- El gasto que demande la aplicación de la presente ley será computado a la partida presupuestaria del Ministerio de Salud y Acción Social de la Provincia de Tierra del Fuego, Antártida e Islas del Atlántico Sur.

Artículo 3°.- De forma.-


MARÍA TERESA MENDEZ
LEGISLADORA
LEGISLATURA PROVINCIAL